Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen.
Direktor: Professor Dr. Martius.

STANFORD UNIVERSITY
JAN
16
1939
LIBRARY

Die Intrauterinpessare und ihre Gefahren.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

KURT TROBITIUS

aus Hameln a. d. Weser.

19 NOLTE 37

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Dekan: Prof. Dr. Mueller.

Referent: Prof. Dr. Martius.

Tag der mündlichen Prüfung: 20. II. 1936

MEINEN LIEBEN ELTERN
IN DANKBARKEIT!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154024_0167

In der letzten Zeit kamen in der Göttinger Universitäts-Frauenklinik häufiger Erkrankungen zur Beobachtung, die durch das Tragen von Intrauterinpessaren verursacht waren. Trotz des bereits vorliegenden und in überzeugender Weise die Gefährlichkeit der Intrauterinpessare zeigenden Krankengutes haben wir uns entschlossen, unsere Fälle zu veröffentlichen, da an der Göttinger Frauenklinik entschieden eine Häufung derartiger Erkrankungen in letzter Zeit festzustellen war. Es ist bemerkenswert, daß in einem überwiegend kleinstädtischen und ländlichen Bezirk wie dem der Göttinger Frauenklinik die Verwendung der Intrauterinpessare zu antikonzeptionellen Zwecken eine Zunahme erfahren hat. Gesenius berichtete kürzlich in einer Arbeit über die Gefährlichkeit der Intrauterinpessare, daß schon im Jahre 1878 Todesfälle durch Erkrankungen nach Tragen von derartigen Pessaren beschrieben wurden. Bei sorgfältiger Sichtung des Schrifttums findet Gesenius seit dem Jahre 1907, in dem der erste Todesfall infolge eines Intrauterinpessares näher beschrieben wurde (Wagner), 445 schwere Erkrankungen und 41 Todesfälle, die durch Intrauterinpessare verursacht wurden. Zahlenmäßig sind hier die Stiftpessare am meisten belastet. Die durch Intrauterinpessare hervorgerufenen Fehlgeburten sind in diesen Zahlen nicht enthalten. Gesenius ist der Ansicht, daß die Zahl der Schädigungen im ganzen aber noch viel größer ist. Wegen dieser Gefährlichkeit, die Gesenius noch an 5 eigenen Beobachtungen erläutert, fordert er das gesetzliche Verbot der Intrauterinpessare als Antikonzeptionsmittel. Von diesen 5 Frauen starben 2 an einer schweren Infektion. Bei einer Frau mußte der Uterus amputiert werden. Die Uteruswand wies mikroskopisch eine erhebliche Rundzelleninfiltration auf, die weit in die Tiefe bis an die Gefäßgrenze heranreichte.

Der Zweck der Intrauterinpessare ist die Verhütung einer Empfängnis. Oft wird aber auch mit Hilfe eines Intrauterinpessars die Beseitigung einer bereits bestehenden Schwangerschaft versucht. Dieses beweist ein Satz in der Anamnese eines unserer Fälle, wo es heißt, daß die betreffende Patientin das Intrauterinpessar von einer anderen Frau eingelegt bekommen habe, „damit die Regel wieder regelmäßig würde". In einem weiteren Falle heißt es, daß die Patientin immer dann vorübergehend ein Intrauterinpessar trage, wenn sie glaubte, schwanger zu sein. Die Einführung von Intrauterinpessaren ist in diesen Fällen besonders gefährlich, zumal bei der mangelnden Asepsis einer Laienbehandlung. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß gelegentlich Intrauterinpessare zu therapeutischen Zwecken verwendet werden. Früher war dieses ihre einzige Verwendungsart, nämlich bei infantilem Uterus, Dysmenorrhoen,

Amenorrhoen, Sterilität infolge Cervixstenose und zur Lagekorrektur des Uterus bei Ante- und Retroflexio. Heute werden die Intrauterinpessare vor allem als Antikonzeptionsmittel verwandt. Ihre Wirkung als solche ist eine doppelte. Einmal sollen sie einen Verschluß der Gebärmutterhöhle gegen die Spermatozoen bilden, und zum andern die Einnistung des Eies durch einen chronischen Fremdkörperreiz verhindern. Entsprechend dieser doppelten Wirkung können wir bei den einzelnen Pessaren die cervikalen, die corporalen und die gemischten Formen unterscheiden. Es gibt eine große Anzahl verschiedener Modelle. Das einfachste ist das Aluminiumsterilett. Es wiegt 4,41 g und besteht aus einer den Muttermund verschließenden, leicht konkaven Platte, nach oben zu aus einem 2 cm langen dünnen Anteil, auf dem noch ein weiterer 2 cm langer olivenförmig sich verbreiternder und sich dann wieder zuspitzender Abschnitt aufsitzt. Der untere Teil ist für den Halskanal bestimmt, der obere für die Corpushöhle. Durch diesen eigentümlichen Aufbau hält sich das Pessar von selbst im Cavum uteri (Kragenknopfmechanismus). Dieses Pessar gehört nach unserer obigen Einteilung zu den gemischten Formen. Bei einem besonders kompliziert gebauten Intrauterinpessar befindet sich an der Muttermundsverschlußplatte eine Klappe, die bei aufrechtem Gang der Patientin geöffnet ist und so einen Sekretabfluß gestattet, im Liegen aber geschlossen ist und das Eindringen der Spermien verhindern soll. Eine weitere Besonderheit bei diesem Modell ist der sogenannte Spreizmechanismus. Bei den Spreizpessaren besteht der intrauterine Anteil aus 2 Schenkeln, die auseinanderstreben und so das Pessar in der Gebärmutterhöhle halten. Diese Schenkel reichen herauf bis zu den Mündungen der Tuben, die Enden sind kolbig aufgetrieben und sollen einen Verschluß der Tubenmündungen bewirken. Bei einfacheren Modellen sind diese Spreizschenkel auf einem Drahtring angebracht, der vor dem äußeren Muttermund liegt und das Verschwinden des Pessares in der Corpushöhle verhindern soll. Ferner wären hier Silkwormschlingen zu nennen, die ebenfalls in den Uterus hineingeschoben werden und an einem leicht nach oben konkaven Horn- oder Glasknopf aus säurefestem, temperaturbeständigem Jenaer Glas befestigt sind. Dieser Knopf liegt vor dem äußeren Muttermund und soll denselben verschließen (Frauenschutz nach Dr. P u s t). Der im Halskanal liegende Teil ist etwa 3 cm lang und mit Seide umsponnen. Das obere Drittel des Pessars besteht aus einer geschlossenen Silkwormschlinge von 1,25 cm Durchmesser. Als rein corporale Intrauterinpessare, die vollkommen in der Corpushöhle verschwinden und allein durch Fremdkörperreiz wirken, wären die Silber- oder Goldspiralringe zu nennen wie sie von G r ä f e n b e r g angegeben worden sind. Sie haben einen Durchmesser von etwa 1,75 cm. Der sogenannte Silkwormstern ist ebenfalls ein rein corporales Pessar. Durch röntgenologische Kontrolle kann man den richtigen Sitz dieser Metallringe feststellen oder sie entdecken, wenn sie vergessen worden sind. In der Möglichkeit des Vergessens und in der Tat-

sache, daß eine Herausnahme dieser Ringe aus dem Uterus nur dem geübten Gynäkologen gefahrlos möglich ist, liegt eine erhebliche Unzulänglichkeit. Einführen und Herausholen dieser rein corporalen Pessare muß instrumentell geschehen. Man stelle sich vor, daß ein Laie mit einem schuhknöpferartigen Instrument in der Gebärmutterhöhle herumfischt. Die Gefahr der Infektion und Verletzung ist sehr groß. Auch bei den gemischten Pessarformen ist die instrumentelle Einführung nicht immer zu umgehen. Die weichen Silkwormschlingen müssen mit einer Kornzange eingeführt werden. Die Spreizpessare werden mit einer Hohlsonde eingeführt, die die federnden Branchen während der Einführung zusammenhält. Bei allen Intrauterinpessaren ist der Verschluß des äußeren Muttermundes kein absolut dichter. Bei den corporalen Pessaren wird sogar bewußt auf diesen Verschluß verzichtet. Es kommt also in den meisten Fällen doch zu einer Befruchtung, und das in Entwicklung befindliche Ei kann sich auch in der Gebärmutterschleimhaut einnisten. Die Weiterentwicklung wird durch den Fremdkörper verhindert. Mit dem Wachsen des Eies kommt es zum Abort.

Unter den Intrauterinpessaren, die bei den Patientinnen der Göttinger Frauenklinik gefunden wurden, sehen wir die verschiedenen oben beschriebenen Formen. Meist handelte es sich um Spreizpessare. Einmal wurde auch der Rest eines Pust-Pessars entdeckt. Die Muttermundsplatte war verschwunden, die Silkwormschleife dagegen im Uterus geblieben.

Die in der Göttinger Frauenklinik zur Beobachtung gekommenen Fälle von Schädigungen durch Intrauterinpessare sind nun folgende:

Fall 1: Eine 32jährige Frau, die seit 10 Jahren verheiratet war und 2 normale Geburten durchgemacht hatte, kam zur Aufnahme wegen unregelmäßiger Blutungen, die seit 5 Jahren bestanden. In den letzten 4 Wochen blutete die Patientin dauernd mehr oder weniger. Der gynäkologische Befund ergab schleimig-rötlichen Fluor und eine etwa gänseeigroße rechtsseitige Ovarialzyste. Bei der Ausschabung fand sich im Uterus ein Silkwormpessar. Die mikroskopische Untersuchung des Curettements ergab eine reichliche Durchblutung des Gewebes nebst zahlreichen entzündlichen Infiltrationen und jungem Granulationsgewebe. Zur Entfernung der Ovarialzyste wurde die Laparatomie ausgeführt. Hierbei wurde festgestellt, daß die apfelsinengroße Zyste durch Adhäsionsstränge im Douglas fixiert war. Es handelte sich allerdings nicht um eine entzündliche Retentionszyste, sondern um eine Dermoidzyste, deren Inhalt aus Flüssigkeit und Haaren bestand. Die rechten Adnexe mußten entfernt werden. Der postoperative Verlauf war durch eine fieberhafte Endometritis kompliziert. Am 30. Tage nach der Operation konnte die Patientin beschwerdefrei entlassen werden. Bei der Entlassung fand sich der Uterus anteflektiert und etwas nach rechts hinübergelegt. Das kleine Becken war rechts vollständig frei, links war das Gewebe neben dem

Uterus etwas massiger und leicht druckempfindlich. Die Diagnose lautete hier: Endometritis nach Intrauterinpessar.

Fall 2: Eine 24jährige Frau kam in die Klinik wegen Fluor und Schmerzen im linken Unterbauch. Die Patientin war seit 4 Jahren verheiratet, im April 1931 wurde bei ihr ein Forzeps ausgeführt. Das Kind war tot. Sie trug seit 2 Jahren ein Intrauterinpessar, das angeblich durch einen Arzt eingelegt wurde. Das Pessar sollte alle halbe Jahr gewechselt werden, dieses unterblieb jedoch. Als sich Beschwerden einstellten, ließ die Patientin das Pessar entfernen. Hierbei entleerte sich nach ihrer Angabe dicker Eiter. Sie lag 6 Wochen im Bett und wurde mit Spülungen, heißen Umschlägen und Pillen behandelt. Zunächst trat Besserung ein. Im Anschluß an einen Sturz mit dem Fahrrade auftretende Schmerzen in der linken Seite veranlaßten die Patientin, die Klinik aufzusuchen. Gynäkologischer Befund: Der Uterus war druckschmerzhaft. Aus dem äußeren Muttermund entleerte sich glasiger Schleim. Scheide und Portio waren gerötet. Die linken Adnexe waren massig verbacken und druckempfindlich. Die Patientin wurde mit Moorbädern, Wärme, Milchsäurespülungen und Einlegen von Ichthyoltampons behandelt. Bei der Entlassung war der Uterus klein und stand in Streckstellung, die linken Adnexe waren nicht mehr verdickt. Der Zusammenhang der hier vorliegenden Endometritis und Salpingo-Oophoritis mit dem Intrauterinpessar stand außer Zweifel.

Fall 3: Eine 21jährige Frau, die vor 4 Jahren eine Spontangeburt durchmachte, kam zur Aufnahme wegen heftiger Schmerzen im Unterleib und Rücken. Ferner klagte sie über Ausfluß und unregelmäßige Blutungen. Die letzte Regel war vor 19 Tagen auffallend gering. Nach einigen Tagen setzte plötzlich erneut eine starke Blutung ein, die 3 Tage lang dauerte und mit heftigen Schmerzen einherging. Es bestand häufiger Harndrang, die Urinmenge war jedoch gering. Die Patientin trug seit 4 Jahren ein Intrauterinpessar, das angeblich alle 4 Wochen gewechselt wurde. Bei der gynäkologischen Untersuchung wurde das Pessar entfernt. Die rechten Adnexe waren stark geschwollen und druckempfindlich. Die Portio war plump und etwas livide. Ferner bestand eine Bauchdeckenspannung. Unter resorptiver Behandlung gingen die Beschwerden zurück. Die Patientin konnte nach 3 Wochen entlassen werden. Bei der Entlassung bestand noch etwas eitriger Fluor. An den Adnexen waren keine groben Veränderungen mehr nachzuweisen. Es handelt sich also hier auch um eine Salpingo-Oophoritis mit peritonitischen Reizerscheinungen, die durch ein Intrauterinpessar verursacht wurde.

Fall 4: Eine 32jährige Patientin, die 4 Geburten durchgemacht hatte, kam wegen Fluorbeschwerden und ganz plötzlich auftretenden Schmerzen im rechten Unterbauch in der Nacht in die Klinik. Sie trug seit 2 Jahren ein Intrauterinpessar, das zweimal gewechselt

wurde, zuletzt ein halbes Jahr vor der Aufnahme in die Klinik. Die Patientin hatte sonst noch nie Beschwerden von dem Intrauterinpessar gehabt. Gynäkologischer Befund: Ein Inrauterinpessar war nicht mehr vorhanden. Die Scheide enthielt dickflüssiges, gelbliches Sekret. Die Portio wich nach rechts ab, es fanden sich an beiden Muttermundslippen kleine Erosionen. Der Uterus war anteflektiert und retrovertiert, etwas nach rechts verlagert und druckschmerzhaft. Er ging in einen rechtsseitigen faustgroßen Tumor über, der ebenfalls duckschmerzhaft war und sich von der Beckenwand abgrenzen ließ. Das linke Parametrium war frei. Die Patientin wurde resorptiv behandelt. Unter der Behandlung gingen Temperatur und Schmerzen zurück. Nach 2wöchentlichem Aufenthalt in der Klinik ging die Patientin fieberfrei gegen ärztlichen Rat nach Hause. Bei der Entlassung war der Tumor rechts neben dem Uterus jetzt beweglich, aber noch von gleicher Größe und noch druckempfindlich. Hier handelte es sich um einen entzündlichen Adnextumor als Folgeerscheinung eines Intrauterinpessares.

Fall 5: Eine 45jährige Frau, bei der in der Chirurgischen Klinik die Gallenblase entfernt worden war, wurde wegen gynäkologischer Beschwerden der Frauenklinik überwiesen. Es bestanden heftige Schmerzen im rechten Unterbauch mit Erbrechen. Bei der gynäkologischen Untersuchung fand sich ein Intrauterinpessar, das seit 1 Jahr getragen wurde. Dasselbe wurde entfernt. In der Scheide fand sich weißlich-gelbliches Sekret, der Uterus war vergrößert. Links und rechts von ihm fanden sich parametrane Resistenzen, die sich von der Beckenwand abgrenzen ließen. Im weiteren Verlauf stiegen die Temperaturen bis zu 39,6°, das Erbrechen und die Leibschmerzen bestanden weiter. Stuhl und Winde sistierten. Es bildete sich ein Bauchdeckenabszeß, der operativ geöffnet wurde. Die Patientin wurde weiter resorptiv behandelt. Nach 4wöchentlichem Aufenthalt in der Klinik hatten die Beschwerden erheblich nachgelassen, es bestanden keine Temperaturen mehr. Die Patientin wurde auf eigenen Wunsch entlassen. Der gynäkologische Befund war im wesentlichen unverändert. Die parametranen Infiltrationen waren etwas geringer geworden. Durch das Intrauterinpessar war eine doppelseitige Parametritis entstanden.

Fall 6: Eine 26jährige Patientin erkrankte im Anschluß an die letzten Menses mit heftigen Schmerzen im rechten Unterbauch. Vom Arzt wurde ein völlig verschmutztes intrauterines Sterilett entfernt, das angeblich vor einem halben Jahr von einem Laien eingelegt wurde. Der gynäkologische Befund bei der Aufnahme ergab folgendes: Das hintere Scheidengewölbe fühlte sich hart an. Der Uterus und die Adnexe waren nicht abtastbar. Bei der rektalen Untersuchung fühlte man im Douglas einen etwa apfelgroßen harten Tumor von höckeriger Oberfläche. Das Rektum war bis auf ein fingerdickes Lumen komprimiert. Der Tumor reichte etwas nach rechts hin-

über. Das linke Parametrium war angespannt und verdickt, die Adnexe waren scheinbar frei. Rechts war infolge harter parametraner Infiltrationen keine Abgrenzung von der Beckenwand möglich. Diagnose: Parametrane Infiltration durch ein Intrauterinpessar.

Fall 7: In dem folgenden Falle hat das Tragen eines Intrauterinpessars einer Frau und zwar einer Mutter von 5 Kindern das Leben gekostet. Eine 46 Jahre alte Frau, die nie gynäkologisch krank gewesen war, kam in die Klinik wegen seit einem Jahr bestehender unregelmäßiger Blutungen und ziehender Schmerzen im Leib, die wehenartig auftraten. In letzter Zeit häuften sich die Blutungen, sie dauerten etwa 3 Wochen an mit nur 8tägiger Unterbrechung. Vor 6 Wochen traten starke Rückenschmerzen auf. Seit 2 Tagen bestanden heftige Schmerzen im Unterbauch. Die Patientin hatte den Eindruck, als wenn etwas auf den Mastdarm drückte. Gynäkologischer Befund: Das Abdomen war gebläht, die Bauchdecken waren straff gespannt und druckschmerzhaft. Im äußeren Muttermund wurde ein Intrauterinpessar entdeckt und entfernt. In der Scheide fand sich massenhaft übelriechender Fluor. Auf Befragen gab die Patientin an, daß das Pessar vor 8 Jahren eingelegt und seitdem nie ausgewechselt wurde. Hinter dem Uterus nach rechts zu fühlte man ein weiches Infiltrat. Ebenfalls war links vom Uterus ein Infiltrat zu tasten, das die Scheidenwand etwas vorschob. Stuhl und Winde waren verhalten. Es wurde wegen der peritonitischen Erscheinungen der Entschluß zur Operation gefaßt. Bei der Eröffnung des Abdomens auf der linken Seite entleerte sich stinkender Eiter. Ein Drainrohr wurde eingelegt. Das gleiche Verfahren erfolgte auf der rechten Bauchseite. Ebenfalls entleerte sich nach Inzision im hinteren Scheidengewölbe aus dem Douglas reichlich stinkender Eiter. Am 3. Tage nach der Operation kam aus der rechten Bauchwunde kein Eiter mehr. Das Drainrohr wurde entfernt und ein Jodoformgazestreifen eingelegt. In der linken Bauchwunde dagegen gelang es, mit der Kornzange etwa in der Mitte des kleinen Beckens einen neuen Eiterherd zu eröffnen, der sich sofort entleerte. Es wurde nochmals ein Drain eingelegt. Das Drain im hineren Scheidengewölbe wurde entfernt, hier entleerte sich nur noch wenig Eiter. Trotz Behandlung kam die Darmperistaltik nicht in Gang. Am 6. Krankheitstage erfolgte etwas Stuhlgang, aber auch heftiges Erbrechen. Der Kreislauf wurde zunehmend schlechter, und die Patientin erlag der durch das Intrauterinpessar hervorgerufenen Peritonitis.

Leichenöffnungsbericht: Der Leib war aufgetrieben, es bestand eine eitrige Peritonitis, besonders im Unterbauch. Die Peritonitis war zum Teil durch beginnende Verklebungen und Verwachsungen abgedeckt. Das Netz bedeckte die Darmschlingen und war teilweise mit dem kleinen Becken verwachsen. Es bestand eine linksseitige Pyosalpinx, sowie eine Vereiterung des linken Ovars. An den rechten Adnexen fanden sich eitrige Verklebungen. Ferner bestand eine chronische Parametritis. Das parametrane Fett- und Bindegewebe

war besonders links verhärtet, jedoch nicht vereitert. Der Darm war gebläht. Auf der Serosa fanden sich eitrige Auflagerungen. Die Organe des kleinen Beckens waren ebenfalls verklebt. Bei der Lösung derselben quoll Eiter hervor. Die Scheide war gerötet, der Muttermund dunkelrot verfärbt. Am Muttermund fand sich eine etwa linsengroße höckerige Verhärtung. Beim Durchschnitt sah man hier zähes graurotes Gewebe. Vermutlich handelte es sich um eine alte Druckstelle des Pessars. Im Cervixbereich des Uterus war ebenfalls eine derartige Druckstelle zu finden. Das Endometrium zeigte an der Hinterwand eine rinnenförmige etwas narbige Vertiefung, die bis in den unteren Abschnitt des Corpus uteri reichte. Das Myometrium war zäh und gelbbraun, bis zu 1,5 cm dick. Ferner fand sich eine eitrige Bronchitis im linken Unterlappen und ein mäßiges Lungenemphysem.

Fall 8: Es handelte sich hier um eine 45 Jahre alte Patientin, die in der Chirurgischen Klinik wegen einer Appendizitis operiert wurde. Im weiteren Verlauf entstand eine Peritonitis, wegen der die Patientin ad exitum kam. Bei der Sektion fand sich eine Pelveo-Peritonitis, eine Pyosalpinx links und eine eitrige Endometritis. Im äußeren Muttermund befand sich ein Intrauterinpessar. Aus der derben Portio quoll schleimiger grauroter Eiter. Ferner fanden sich Verwachsungen des Sigmoids und der linken Adnexe, die in eine kleinfaustgroße, verbackene Masse umgewandelt waren. Im kleinen Becken fand sich etwa 60 ccm rahmiger gelbgrüner Eiter. Auch in diesem Falle schien ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Intrauterinpessar und den entzündlichen Veränderungen zu bestehen.

Fall 9: Eine 28 Jahre alte Patientin kam wegen seit 5 Wochen bestehender Blutungen, die nur eine Woche ausgesetzt hatten. Die Frau hatte 4 Geburten durchgemacht, die letzte 8 Monate vor der Aufnahme in die Klinik. Ebenfalls seit 5 Wochen, also seit Beginn der Blutungen, trug die Patientin ein Intrauterinpessar. Der gynäkologische Befund ergab keine Besonderheiten. Die Adnexe und Parametrium waren frei. Das Intrauterinpessar war nicht mehr vorhanden. Es wurde eine Behandlung mit Eisblase und Gynergen durchgeführt. Da es trotzdem weiterblutete, wurde die Patientin curettiert. Die Untersuchung des Curettements ergab keinen besonderen Befund. In diesem Falle reagierte der Uterus auf die Einlegung eines Femdkörpers mit unregelmäßigen Blutungen.

Fall 10: Eine 24 Jahre alte Frau kam ebenfalls wegen unregelmäßiger starker Blutungen. Zwischen den Perioden waren nur noch einige blutungsfreie Tage. Die Blutungen bestanden seit der Patientin vor einem halben Jahr ein Intrauterinpessar eingelegt wurde. Der gynäkologische Befund ergab schleimig-eitrigen Fluor in der Scheide. Der Muttermund klaffte, die linken Adnexe waren ver-

backen und etwa fingerdick. Die rechten Adnexe schienen nach hinten geschlagen zu sein. An der Portio fand sich eine kleine Erosion. Zur Behebung der Blutungen wurde curettiert. Das gewonnene Material erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als durchblutete Schleimhaut im Intervall und zeigte sonst keine Besonderheiten. Die Patientin wurde nach 6 Tagen entlassen. Bei der Entlassungsuntersuchung war der Befund im wesentlichen unverändert. Es handelte sich hier wie im vorigen Falle um Polyhypermenorrhoen, die durch ein Intrauterinpessar verursacht wurden.

Fall 11: Eine 28jährige Frau litt an starken Blutungen und Fluor. Vor 5 Jahren hatte die Patientin eine Fehlgeburt im 3. Monat. Sie gab an, daß sie 3 Jahre lang ein Intrauterinpessar getragen hatte. Seit etwa 4 Jahren, besonders nach der Fehlgeburt, bestanden die unregelmäßigen Blutungen. Schmerzen hatte die Patientin nicht. Sie fühlte sich aber müde und krank. Es bestand bei ihr dringender Wunsch nach Kindern, bisher war die Patientin kinderlos verheiratet. Es wurde folgender gynäkologischer Befund erhoben: Die Bauchdecken waren weich und schlaff, es bestand kein Druckschmerz und keine Resistenz. Die Portio sah nach hinten und ging in einen kleinfaustgroßen Tumor über, der dem Corpus uteri angehörte. Der Tumor war exzentrisch nach links verlagert und zeigte eine derbe Konsistenz. Rechts hinten lag das Corpus uteri im ganzen beweglich. Die Adnexe waren frei, die Portio zeigte keine Besonderheiten bei der Besichtigung im Speculum. Es wurde die Diagnose intramurales Myom gestellt. Operationsbericht: Die Enucleation des Myoms, wobei der Uterus und damit die Konzeptionsfähigkeit erhalten wäre, war nicht möglich. Es mußte die supravaginale Amputation des Uterus ausgeführt werden. Der postoperative Verlauf war durch ein Stumpfexsudat kompliziert, das sich jedoch unter resorptiver Behandlung vollständig zurückbildete. Die Patientin wurde nach 4 Wochen entlassen. Bei der Entlassungsuntersuchung fühlte man links neben dem Cervixstumpf eine parametrane Platte, die bis an die Beckenwand reichte und sich von ihr abgrenzen ließ. Die Portio war ohne Besonderheit, aus dem äußeren Muttermund entleerte sich etwas Blut. In dem vorliegenden Fall war ein Zusammenhang zwischen der Entstehung des Myoms und dem Intrauterinpessar nicht erwiesen. Vielleicht kann das Stumpfexsudat sowie die parametrane Infiltration als Zeichen einer durch das Intrauterinpessar hervorgerufenen Endometritis aufgefaßt werden.

Fall 12: Eine 42 Jahre alte Frau blutete seit 4 Wochen. Die Patientin gab an, daß sie seit 6 Jahren immer dann vorübergehend ein Intrauterinpessar eingeführt hätte, wenn sie glaubte, schwanger zu sein. Die Patientin hatte 4 Spontangeburten durchgemacht. Die Blutungen bestanden seit dem letzten Einlegen des Intrauterinpessars. Gynäkologischer Befund: Der Uterus war etwas vergrößert, er hatte eine Sondenlänge von 11 cm. Bei der Ausschabung in Äther-

narkose fühlte man weiches Gewebe, das sich mikroskopisch als Plazenta erwies. Das Intrauterinpessar war nicht mehr vorhanden. Es trat kein Fieber auf. Die Patientin konnte nach 7 Tagen entlassen werden. Bei der Entlassungsuntersuchung war das kleine Becken völlig frei. In diesem Falle handelte es sich um einen kriminellen Abort durch ein Intrauterinpessar.

Fall 13: Eine 20jährige Patientin kam wegen plötzlicher Blutungen und heftiger Leibschmerzen. Die letzte Regel war vor 6 Wochen gewesen. Vor 4 Wochen wurde bei der Patientin von einer anderen Frau ein Stift eingelegt, „damit die Regel wieder regelmäßig würde". Gynäkologischer Befund: In der Scheide befand sich reichlich dünnflüssiges Blut, sowie ein 4—5 cm langer Foetus, Plazenta und ein Intrauterinpessar. Die Cervix war nicht ganz für einen Finger durchgängig. Der Uterus war anteflektiert, vergrößert und aufgelockert. Die Adnexe waren frei, es bestand auch keine Verletzung. Der Uterus wurde sofort ausgeschabt, wobei noch Plazentarreste und Blutkoagula entfernt wurden. Die Patientin blieb 9 Tage in der Klinik. Es trat kein Fieber auf. Der Entlassungsbefund ergab eine druckempfindliche rechte Tube, die etwas verdickt war. Hier handelte es sich um einen zweiten Fall eines kriminellen Abortes mit Hilfe eines Intrauterinpessars, wobei es hier als Zeichen einer aufsteigenden Infektion zu der obigen Veränderung an der rechten Tube kam.

Wenn wir die von uns beobachteten Fälle zusammenfassend betrachten, kommen wir zu dem Ergebnis, daß Beschwerden und Krankheiten verschiedenster Art durch das Tragen der Intrauterinpessare hervorgerufen werden können. In den meisten Fällen bestanden Fluorbeschwerden, unregelmäßige Blutungen und Schmerzen. Objektiv fanden wir in fast allen Fällen mehr oder weniger ausgedehnte entzündliche Veränderungen des Endometriums, des Parametriums, der Adnexe und des Peritoneums. Diese Veränderungen waren meist chronischer Art, in einigen Fällen handelte es sich jedoch um akute Entzündungen. Zahlenmäßig finden wir unter unserem Krankengut in 13 Fällen von Erkrankungen nach Intrauterinpessaren 2 Todesfälle infolge einer Peritonitis. In 7 weiteren Fällen mußten sich die Patientinnen einer oder mehrerer Operationen unterziehen lassen. In 4 Fällen konnte durch ausschließlich resorptive Behandlung eine Besserung der Beschwerden erzielt werden. Einschließlich der beiden Todesfälle waren also bei 13 Fällen von Erkrankungen nach Intrauterinpessaren 9 Operationen nötig.

Im Schrifttum finden sich eine Reihe ähnlicher Beobachtungen. F r a e n k e l beschreibt einen Fall von starken Blutungen, die durch eine abgerissene Silkwormschlinge, welche in die Uteruswand eingewachsen war, verursacht wurden. Der Uterus mußte exstirpiert werden, die Frau war also durch das Intrauterinpessar steril geworden.

Auch Aschheim hat einen Fall beschrieben, wo ein intrauterines Ringpessar die Uterusschleimhaut derartig verändert hatte, daß der Uterus amputiert werden mußte.

Mac Murphy (Simla) berichtet von einer Japanerin, bei der wegen vorausgegangener schwerer Geburten ein Gräfenbergring zur Empfängnisverhütung eingelegt wurde. Als Beschwerden eintraten, wurde ein neuer Ring mit einem Instrument sehr hoch eingeführt. Es traten nunmehr Kreuzschmerzen, Unbehagen beim Gehen und Schwierigkeiten bei der Defäkation und beim Harnlassen auf. Außerdem blieb die Menstruation aus. Bei der Laparotomie entdeckte man den intrauterinen Ring eingebettet in das Ligamentum latum. Der Uterus war deutlich vergrößert und schwanger. Hier hatte das Intrauterinpessar nicht nur eine lebensbedrohende Erkrankung verursacht, sondern nicht einmal eine Schwangerschaft verhüten können.

Ottow erwähnt einen Fall, wo eine durch ein Intrauterinpessar verursachte entzündliche Veränderung an den Adnexen zu einer Tubargravidität führte. Er empfiehlt im Imteresse der Volksgesundheit ein Verbot der Intrauterinpessare. Ebenfalls beobachteten Jung und Koltonski je einen Fall von Tubargravidität bei noch liegendem Intrauterinpessar. In dem einen Falle handelte es sich um einen Gräfenbergring.

Pankow äußert sich im Handbuch der Gynäkologie und Pathologie des Weibes von Halban-Seitz, Band III über Intrauterinpessare. Er hält sie als Antikonzeptionsmittel für unsicher und vor allem für gefährlich. Er hat die Erfahrung gemacht, daß gelegentlich die Frauen aus Nachlässigkeit oder aus Angst vor Schmerzen ein Wechseln des Pessars vermeiden. Damit wächst natürlich die Gefährlichkeit des Intrauterinpessars.

Im Band V des Handbuches der Biologie und Pathologie des Weibes von Halban-Seitz berichtet Füth über die Verwendung von Intrauterinpessaren zur Konzeptionsverhütung und ihre Gefahren. Er entfernte ein Intrauterinpessar in zwei Fällen bei graviden Frauen. Ein Beweis für die mangelnde Sicherheit als Antikonzeptionsmittel ist ferner eine Beobachtung von Pulvermacher, der ein Intrauterinpessar eingedrückt in die Gesäßbacke eines in Beckenendlage geborenen Kindes fand.

Tietze berichtet, daß an der Kieler Universitätsfrauenklinik in einem Jahr 6 Fälle von Erkrankungen nach Tragen von Intrauterinpessaren zur Beobachtung kamen. In einem weiteren Falle beobachtete Tietze eine Strahlenpilzinfektion des Genitales, die durch ein intrauterines Sterilett übertragen war.

Stoeckel lehnt alle intrauterinen Methoden zur Schwangerschaftsverhütung ab. Er ist der Ansicht, daß ihre sichere Wirkung nur auf der Verursachung einer Endometritis traumatica beruht.

Gräfenberg behauptete auf dem Deutschen Gynäkologenkongreß in Frankfurt a. M. im Jahre 1931, daß sein intrauteriner Silberring als ein rein corporales Instrument nicht die Gefahren der übrigen Intrauterinpessare hätte. Wir sahen bereits, daß dies nicht

der Fall ist (Mac Murphy). Auch Klein-Prag erklärte auf der gleichen Versammlung, daß die Gräfenberg-Ringe weder als sicher in ihrer Wirkung noch als unschädlich bezeichnet werden könnten. Er erläuterte diese Feststellung durch eigene Beobachtungen. Leunbach sah an einem Krankengut von 175 Frauen nach einjähriger Beobachtung, daß nur in 46% der Fälle keinerlei Beschwerden nach dem Gräfenbergring auftraten. In 6% der Fälle trat trotz des Ringes eine Gravidität ein.

Hornung erlebte einen Fall, wo ein Intrauterinpessar, das bei bestehender Gravidität zu Abtreibungszwecken eingelegt wurde, zu einer Perforation der Cervixwand führte. Durch die Perforationsöffnung gelangte man in eine infizierte parametrane Höhle. Unter der Geburt, die im 7. Monat der Schwangerschaft erfolgte, entstand eine ausgedehnte Cervixruptur.

Glassmann konnte allerdings einen Fall beschreiben, in dem ein goldenes Intrauterinpessar 12 Jahre ohne jede Beschwerde getragen wurde. Dies ist wohl ein seltener Einzelfall.

Zur Verdeutlichung der Gefährlichkeit der Intrauterinpessare seien noch einige Zahlen genannt. Gesenius fand, wie wir bereits in der Einleitung bemerkten, im Schrifttum 445 schwere Erkrankungen und 41 Todesfälle durch Intrauterinpessare. Füth erlebte unter 250 Trägerinnen von Intrauterinpessaren 37 schwere Erkrankungen. Freund berichtet aus der Literatur von 382 Erkrankungen und 17 Todesfällen. Tietze beobachtete in kurzer Zeit 4 Todesfälle bei 7 Erkrankungen nach Intrauterinpessaren. Eine Rundfrage der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie im Jahre 1913 ergab 13 Todesfälle durch Intrauterinpessare allein in ihrem Bezirk.

Wir kommen also zu dem Ergebnis, daß die Intrauterinpessare als Antikonzeptionensmittel außerordentlich gefährlich sind. Bei den durch sie verursachten Erkrankungen handelte es sich meistens um entzündliche Veränderungen. Es ist aber auch daran zu denken, daß durch den chronischen Reiz eines Intrauterinpessars ein Carcinom entstehen könnte. Ferner wäre die Möglichkeit der Entstehung foetaler Mißbildungen durch diese Pessare zu erwähnen (Gesenius). Selbst von den Erfindern werden die Intrauterinpessare nicht als ganz harmlos angesehen. Wir ersehen dieses aus einem Merkblatt von Dr. Pust über die Verwendung seines Silkwormpessars. Hierin stellt er folgende grundsätzliche Regeln auf: 1. Die Intrauterinpessare sollen nur durch den Arzt eingelegt werden. 2. Es muß eine bereits bestehende Schwangerschaft ausgeschlossen sein. 3. Es darf keine Gonorrhoe bestehen. 4. Die Frauen werden dringend angehalten, 3 Tage nach dem Einlegen zur Nachuntersuchung zu kommen, das Pessar alle 3 Monate wechseln zu lassen und bei geringsten Beschwerden den Arzt aufzusuchen.

Wir sahen ferner, daß die Intrauterinpessare bei ihrer großen Gefährlichkeit nicht einmal sicher eine Empfängnis verhüten können.

Häufig wirken sie aber dauernd nachwuchsverhütend durch schwere Veränderungen an den Genitalorganen.

Besonders gefährlich sind aber die Intrauterinpessare als Abortmittel in der Hand des Laien.

Aus diesen Gründen ergibt sich unsere scharfe Ablehnung der Intrauterinpessare als Antikonzeptionsmittel. Wir begrüßen deshalb die jetzt immer lauter werdende Forderung nach einem gesetzlichen Verbot derselben, sowohl bezüglich Verkauf wie auch der Herstellung. Gesenius schlägt der Ärzteschaft vor, die Verwendung von Intrauterinpessaren zu antikonzeptionellen Zwecken als fahrlässige Handlung zu bezeichnen, um die Durchführung eines gesetzlichen Verbotes zu erleichtern. Nach bis heute bestehender Auffassung kann die Einlegung eines Intrauterinpessares durch einen Arzt nur dann als fahrlässige Handlung bezeichnet werden, wenn es unterlassen wurde, die Trägerin auf völlige Gesundheit zu untersuchen und bei auftretenden Beschwerden das Pessar sofort zu entfernen (Ebermayer). Keferstein berichtete bereits im Jahre 1902 von der Verurteilung eines Arztes wegen fahrlässiger Körperverletzung in 5 Fällen, die durch ein Intrauterinpessar verursacht war. Hier konnte nämlich dem betreffenden Arzt ein Verstoß gegen obige Vorschriften nachgewiesen werden. Die Berliner Medizinische Gesellschaft hat bereits auf Vorschlag von Gesenius auf ihrer Sitzung vom 15. Mai 1935 die Entschließung gefaßt, daß die Verwendung von Intrauterinpessaren zu antikonzeptionellen Zwecken unbedingt in jedem Falle eine Fahrlässigkeit sei. Auf dem Deutschen Gynäkologen-Kongreß in München im Oktober 1935 wurde auf Antrag von Ohnesorge ebenfalls die Entschließung gefaßt, daß die Herstellung und Verwendung von Intrauterinpessaren zu antikonzeptionellen Zwecken zu verbieten sei.

SCHRIFTTUM.

Adler: Halban-Seitz, Handbuch d. Biologie u. Path. d. Weibes, Kap. Atrophie d. Uterus. S. 133.

Dirks: Berichte über die gesamte Geburtshilfe und Gynäkologie 1930, Bd. 17, S. 86. Referat über Sellhorst: Traitement de la dysmenorrhoe de la stérilité et l' amenorrhoe par l' intubation de l' uterus. Revue francaises gyn. 24, S. 102—117. 1929.

Ebermayer: Ist der Arzt für Schädigungen durch Intrauterinpessare haftbar? Deutsche Med. Wochenschrift 1933, Band I, S. 507.

Fraenkel: Die Empfängnisverhütung. Biologische Grundlagen, Technik und Indikationen. Stuttgart 1932.

— Sterilisation und Konzeptionsverlütung, Arch. f. Gyn. 144, S. 123.

v. Franqué: Auf der Sitzung der Niederrh. Gesellschaft f. Geb. und Gyn. Mtschr. f. Geb. 39, S. 436.

Freund: Veit-Stoeckel, Handb. d. Gyn., München 1933, Bd. 8, S. 583. Kap. Krankheiten des Beckenbindegewebes.

Fritsch: Referat über Keller: Die Gefahren der Intrauterinpessare (Gynecol. Aug. 1933). Zbl. f. Gyn. 1934, Heft 30, S. 1807.

Fromholt: Referat über T. Ota-Kyoto: Eine Untersuchung über Geburtenregelung mit Hilfe eines Intrauterinpessars. (Jap. J. Obstetr. 17, 210). Zbl. f. Gyn. 1935, Heft 18, S. 1082.

Genssbauer: Ist der Arzt für Schädigung durch Intrauterinpessare haftbar? Dtsch. med. Wschr.

Gesenius: Die Gefährlichkeit der Intrauterinpessare. Zbl. f. Gyn. 1935, Nr. 37, S. 2168.

— Bericht auf der Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft 1935 über die Intrauterinpessare. Med. Klinik 1935, Heft 22, S. 729.

Glassman: Foreign body in the uterus twelve years with no symptoms. Journ. of the American. med. Association Bd. 81. Nr. 2, S. 110—111, 1923.

— Berichte über die gesamte Geburtshilfe und Gyn. 2. Bd. S. 204. 1924.

Gräfenberg: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie. Frankfurt/M. 1931, Archiv Bd. 144, S. 345.

Gragert: Referat über James N. West, New York: Die verderbliche Wirkung des Gebrauches von Intrauterinpessaren und die Gefahr der Einführung von Sonden und anderen Fremdkörpern in den Uterus ohne Vorbereitung (American. journ. of obstetr. and gyn. 1923, April) Berichte über die gesamte Geburtshilfe und Gynäkologie 1924, Bd. 2, S. 146.

Grimm: Referat über James N. West, New York. (American. journ. of obstetr. and gyn. 1923 April) Zbl. f. Gyn. 1924, Nr. 20, S. 1107.

Hellendal: Beitrag zur Röntgendiagnostik von Fremdkörpern im Genitale. Zbl. f. Gyn. 1935, Nr. 37, S. 2183.

Hornung: Bericht auf der Sitzung der Berliner Gesellschaft f. Geburtshilfe und Gyn. Zbl. 1930, S. 1563.

Jung: Tubenschwangerschaft bei liegendem Intrauterinstift. Sitzung der Mittelrhein. Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. am 17. November 1912 in Frankfurt a. M.

Keferstein: Verurteilung eines praktischen Arztes wegen Körperverletzung in 5 Fällen durch Einlegen eines von ihm erfundenen besonderen Intrauterinpessars als Frauenschutz. Zbl. f. Gyn. 1902, Nr. 23, S. 609 Kn.

Knoop: Über die Gefahren der intrauterin angewendeten antikonzeptionellen Mittel. Referat auf der Sitzung. der Niederrhein. Gesellschaft f. Gyn. am 29. Juni 1913. Mschr. f. Geb. 39, S. 410.
Kobes: Referat über Tietze: Strahlenpilzinfektion durch ein Intrauterinpessar. (Dtsch. med. Wschr. 1930, II, Nr. 31, S. 1307).
Koch: Referat über Gaudino: Traitement de la sténose du col utérin par „la tige iribarne" (Soc. d' obst. et de gyn. Jg. 22, Nr. 5, S. 301, Paris 1923). Berichte über d. ges. Geb. u. Gyn. 1924, Bd. 2, S. 295.
Kolde: Gräfenbergring und Eileiterschwangerschaft. Zbl. 1932, S. 1048.
Koltonski: Referat auf der Sitzung der Gyn. Gesellschaft zu Breslau am 26. Jan. 1932.
Leunbach: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie. Frankfurt a/M. 1931. Archiv Bd. 144, S. 345.
Ohnesorge: Gefahren der Intrauterinschutzmittel. Zbl. f. Gyn. 1935, Nr. 15, S. 875.
Ottow: Intrauteriner Silkstern und Tubenschwangerschaft. Mschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 99, Heft 1/2 S. 115, März 1935.
Pankow: Halban-Seitz, Handb. d. Biol. u. Path. d. Weibes. Bd. 3, S. 900, Kap. Künstl. Sterilisierung.
Pfalz: Antikonzeptionelle Silkwormschlingen als Ursache schwerster Metritis. Münchn. med. Wschr. 1923, II. S. 1248.
Pust: Ein brauchbarer Frauenschutz. Dtsch. med. Wschr. II., S. 952. 1923.
Pulvermacher: Bericht über Intrauterinpessare. Ztschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 97, S. 539 und im Zbl. f. Gyn. 1930, S. 1563.
Rontal: Referat über Mac Murphy (Simla): Über die Wanderung eines Gräfenbergringes (Lancet 225, S. 1369/1370, 1933).
Samuel: Referat über Mac Neile, Olga: Selfretaining intrauterinpessary. Report of case (Calif. Med. 32, 41—42. 1530). Berichte über die ges. Geb. u. Gyn. 1930, Bd. 7, S. 817.
Schroeder: Veit-Stoeckel, Handb. d. Gyn. Bd. 1, 2. Hälfte, S. 278. Kap. Der mensuelle Genitalzyklus des Weibes und seine Störungen.
v. Streit: Sitzung der Niederrhein. Gesellschaft f. Gyn. am 29. Juni 1913. Über Intrauterinpessare. Mschr. f. Geb. 39, S. 441.
Stoeckel: Lehrbuch der Gyn., Leipzig 1931, S. 319 Kap. Lageveränderungen der Genitalorgane. Konzeptionsverhütung als Gegenstand des klinischen Unterrichtes. Zbl. f. Gyn. 1931, Heft 17, S. 1457.
Stübler: Referat über Hamm: A propos du traitement de la stérilité feminine et de la dysmenorrhoe par letube intrautérin (Bulletin de la société obstetr. et de la gyn. Jg. 14, Nr. 8, S. 618—622, 1925).
Wagner: Septischer Abort durch Intrauterinpessar. Mschr. f. Geb. 25, S. 499 (1907).

LEBENSLAUF.

Am 13. Januar 1912 wurde ich, Karl Otto Kurt Trobitius, als Sohn des Studienrates Max Trobitius und seiner Ehefrau Marie, geborene Liebig in Hameln a. d. Weser geboren. Ich besuchte das Reformrealgymnasium in Hameln und bestand dort Ostern 1930 die Reifeprüfung. Vom Sommer 1930 bis zum Sommer 1935 studierte ich Medizin in München, Marburg, Graz, Königsberg und Göttingen. Im Sommer 1932 bestand ich in Marburg die ärztliche Vorprüfung und im Herbst 1935 in Göttingen die ärztliche Prüfung.

Das Thema der vorliegenden Arbeit wurde mir von Herrn Professor Martius gestellt, dem ich für sein reges Interesse und stete Förderung aufrichtig danke. Desgleichen bin ich Herrn Dr. Nordmeyer an der Göttinger Frauenklinik für seine tatkräftige Unterstützung und manche Anregung zu großem Dank verpflichtet.